

کد رایانه بیمه نامه:----- واحد صدور:----- نام و کد معرف:----- تاریخ تکمیل فرم:-----																																					
مشخصات بیمه گذار (بیمه شده اصلی)	نام و نام خانوادگی :----- کد ملی----- شماره شناسنامه:----- محل صدور:-----																																				
	نام پدر:----- شغل:----- تاریخ تولد:-----/-----/----- ۱۳ جنسیت: مرد ☐ زن ☐ وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐																																				
	تلفن همراه (الزامی):----- محل سکونت (الزامی): استان ، شهر و آدرس:-----																																				
	تلفن ثابت (با ذکر کد شهر- الزامی) :----- محل کار: استان، شهر و آدرس:-----																																				
	کد پستی (الزامی) :----- شماره حساب بیمه گذار :----- نام بانک مرتبط با حساب:-----																																				
نام و نام خانوادگی صاحب حساب:----- شماره شبای حساب:----- <table><tr><td>IR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		IR																																			
IR																																					
مشخصات افراد تحت تکفل	تعداد افراد تحت تکفل : ----- نفر																																				
	تذکر : منظور از افراد تحت تکفل همسر (همسران) دائمی ، فرزندان بیمه شده اصلی و سایر افرادی است که قانونا تحت تکفل بیمه شده اصلی (با ارائه مستندات قانونی) قرار دارند .																																				
	افراد تحت تکفل :																																				
<table><tr><th>نام و نام خانوادگی</th><th>شماره شناسنامه</th><th>تاریخ تولد</th><th>کد ملی</th><th>نسبت</th><th>جنسیت</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>		نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسیت																														
نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسیت																																
سوابق بیمه ای	۱- وضعیت بیمه گر پایه : ندارم ☐ تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ سایر ☐ :-----																																				
	۲- آیا تاکنون بیمه نامه درمان تکمیلی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ (از تاریخ انقضای آن بیش از یک ماه نگذشته باشد) بله ☐ خیر ☐ نام شرکت :----- میزان خسارت:----- علت خسارت :-----																																				
در تعهد مورد درخواست	نوع طرح انتخابی : (مطابق جدول تعهدات و حق بیمه) (ارسال آزمایش وچکاپ ۶ ماه اخیر برای بیمه شدگان بالای ۶۰ سال و بیمه شدگان متقاضی طرح ۳ و ۴ الزامی می باشد) عادی : طرح ۱ ☐ طرح ۲ ☐ طرح ۳ ☐ طرح ۴ ☐ بیمارستانی : طرح ۱ ☐ طرح ۲ ☐ نحوه پرداخت : یکجا ☐ اقساط ☐ (ماهانه ☐ دو ماهه ☐ سه ماهه ☐ ۳۰ درصد نقد و مابقی حق بیمه با دریافت چک صیادی حداکثر طی ۶ ماه انجام می گردد.)																																				
	✓ اضافه نرخ سنی برای افراد ۶۱ تا ۷۰ سال معادل ۵۰ درصد می باشد. بیمه شدگان فاقد بیمه گر پایه مشمول ۱۵ درصد اضافه نرخ می شوند. ✓ جهت کلیه بیمه شدگانی که به صورت مشروط بیمه شده اند امکان صدور معرفی نامه آنلاین تا پایان قرارداد فراهم نمی باشد. ✓ مصادیق دوره انتظار این بیمه نامه عبارت است از: ۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و نابروری شامل اعمال جراحی مرتبط IVF ، IUI ، ZIFT ، GIFT ، میکرواینجکشن و ۳ ماه دوران انتظار برای بیماریهای مزمن از قبیل فتق، کاتاراکت، استرابیسم، رفع عیوب انکساری چشم، جراحی لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، جراحی قلب باز، بیماریهای مزمن کلیوی، جراحی دیسک ستون فقرات، درمان واریس و... در این موارد امکان حذف دوران انتظار وجود دارد: در صورت تمدید بیمه نامه درمان تکمیلی اعم از گروهی یا خانواده(با فاصله حداکثر یک ماه بعد از انقضای بیمه نامه قبلی) برای بیمه شدگان حقیقی در صورت ارائه آخرین لیست تاییدشده توسط بیمه گر سال قبل(ممهور به مهر شعبه و مشروط به آنکه بیش از یک ماه از بیمه نامه منقضی سپری نشده باشد) صرفا برای افراد نامبرده در لیست امکان پذیر است. در این بیمه نامه امکان حذف بیمه شده تنها در صورت فوت یا طلاق بیمه شده وجود دارد. همچنین اضافه شدن بیمه شده شامل ازدواج (حداکثر تا یک ماه) و تولد (حداکثر دو ماه) میباشد. ✓ کلیه اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه نامه می باشند. ✓ چنانچه مشخص شود نازایی و نابروری بیمه شده قبل از شروع بیمه نامه سال اول بوده است خسارت قابل رسیدگی نمی باشد. ✓ کلیه هزینه های مربوط به ایمپلنت دندان جزء استثنائات این بیمه نامه بوده و غیرقابل پرداخت می باشد. ✓ جراحی های زیر در سال اول صدور بیمه نامه قابل پرداخت نمی باشد: کلیه جراحی های چشم مگر در صورت اورژانسی بودن، جراحی های ارتوپدی وستون فقرات مگر در اثر حادثه، واریکوسل، جراحی های رفع چسبندگی و هرنی انسیزینال در صورت سابقه سزارین قبل از شروع پوشش بیمه ای درمان خانواده ، تحت هیچ عنوانی قابل پرداخت نمی باشد. ✓ امکان صدور بیمه نامه برای متقاضیانی که دارای شاخص توده بدنی BMI بالاتر از ۴۰ هستند، وجود ندارد. ✓ مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر چهار ماه تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می باشد. ✓ هزینه های مربوط به ناهنجاری جنین (غربالگری) صرفا در طرح های دارای این پوشش قابل پرداخت میباشد. ✓ منظور از مستندات قانونی برای افراد تحت تکفل اصل و کبی صفحات اول و دوم شناسنامه و دفترچه بیمه گر پایه (در صورت وجود)و یا تأییدیه از بیمه گر پایه کلیه بیمه شدگان است. ✓ موارد اعلام نشده در شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه، تابع شرایط عمومی بیمه درمان مورد عمل بیمه گر عرف بیمه و مصوبات هیئت وزیران و وزارت بهداشت در این خصوص خواهد بود. ✓ صدور بیمه نامه پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکانپذیر خواهد بود.																																				
امضاء بیمه گذار	اینجانب بیمه گذار (بیمه شده اصلی) امضاء کننده این پیشنهاد اعلام می دارم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از <u>کلیه مفاد و مندرجات شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه</u> که جزء لاینفک این قرارداد می باشد اطلاع دقیق و کامل حاصل نموده و اعلام می نمایم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد درمان و سلب هرگونه ادعا و اسقاط حق استفاده از مزایای آن خواهد شد.																																				
	نام و نام خانوادگی بیمه گذار (بیمه شده اصلی) / تاریخ / امضاء-----																																				
امضاء	اینجانب شخصاً بیمه گذار بیمه نامه و افراد تحت تکفل را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و رایبه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط بیمه نامه ، صحت امضاء بیمه گذار و افراد تحت تکفل را تایید می نمایم.																																				
	نام و نام خانوادگی معرف/ تاریخ / امضاء-----																																				